

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич

16.02.2012

Регистрационный № 005-0112

**АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СИНУСИТОМ
ГРИБКОВОЙ И ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Гомельский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. И.Д. Шляга, д-р. мед. наук, проф. В.П. Ситников,
Д.Д. Редько

Гомель 2012

В инструкции по применению (далее — инструкция) изложен алгоритм комплексного лечения пациентов с хроническим синуситом грибковой и грибково-бактериальной этиологии, разработанный на основании полученных данных об этиологии, особенностях патогенеза (иммунитета) данного заболевания, позволяющий повысить эффективность лечения данной нозологии и избежать необоснованного назначения лекарственных средств. Алгоритм может быть использован при консервативном и хирургическом лечении пациентов с хроническим синуситом грибковой и грибково-бактериальной этиологии.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Оборудование, применяемое для лечения хронического синусита, должно предусматривать проведение всех этапов хирургического вмешательства на околоносовых пазухах (ОНП) и последующего ведения в послеоперационном периоде.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Планирование лечебных мероприятий у пациентов с различными формами хронического синусита грибковой и грибково-бактериальной природы.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Планирование лечебной тактики

Лечебная тактика зависит от установленной формы грибкового синусита и представлена в виде алгоритма (рисунок). В классификации МКБ-10 не выделены нозологические единицы, соответствующие клиническим формам грибковых синуситов (рассматривается как хронический синусит). Выделяют три наиболее часто диагностируемые формы хронического синусита, вызываемого микромицетами:

1. Неинвазивная форма (мицетома ОНП или грибковое тело).
2. Хроническая инвазивная форма.
3. Грибково-бактериальная форма.

Проводится общеклиническое обследование пациентов (общий анализ крови, глюкоза крови, протромбиновый индекс, общий анализ мочи, ЭКГ, рентгенография (флюорография) органов грудной клетки, осмотр терапевта). При наличии сопутствующей патологии необходима консультация соответствующих специалистов (иммунолог, эндокринолог, стоматолог и т. д.). Из специальных методов исследования в диагностический минимум входит оптическая риноскопия, рентгенография ОНП (по показаниям — компьютерная или магнитно-резонансная томография), ортопантомография, микробиологическое и гистологическое исследование материала из полости носа и ОНП.

Мицетома ОНП — это клинически и прогностически наиболее благоприятная форма грибкового синусита, но во всех случаях она требует хирургического

лечения. Учитывая тот факт, что наиболее частая локализация мицетомы — верхнечелюстная пазуха (ВЧП) и ВЧП в сочетании с клетками решетчатого лабиринта, то необходимо выполнение гайморо- и (или) этмоидотомии с удалением грибкового тела. В случае редкой локализации грибкового тела в лобных или клиновидных пазухах показана эндоскопическая сфено-, фронтотомия. Коррекция внутриносовых структур (септум-операция, подслизистая вазотомия нижних носовых раковин) выполняется по показаниям через 1–2 мес.

В послеоперационном периоде проводится местная антимикотическая терапия путем промывания пазухи раствором амфотерицина В через соустье или при пункции пазухи 1 флакон амфотерицина В (50000 ЕД) разводится в 20 мл дистиллированной воды либо воды для инъекций; на каждое промывание используется 10 мл приготовленного раствора, оставшаяся часть препарата хранится в холодильнике при температуре от 2 до 10°С. У большинства пациентов достаточно ежедневного промывания пазухи до 3–5 дней. Лечение дополняется ингаляциями раствора амфотерицина В (25000 ЕД) через нос 1 раз/сут 5–7 дней. Это дает возможность создания высоких концентраций противогрибковых препаратов в пазухе и полости носа. Амфотерицин В обладает наиболее широким спектром противогрибкового действия из всех препаратов этой группы. Несмотря на его известную токсичность при парентеральном использовании, отмечены минимальные побочные явления при местном применении — першение и сухость в глотке, чувство жжения в пазухе.

При наличии фоновых заболеваний (сахарный диабет, бронхиальная астма, иммунодефицит, медикаментозная иммуносупрессия) мицетома ОНП может переходить в инвазивную форму, поэтому пациентам данной категории необходимо назначать профилактического курса системной антимикотической терапии в послеоперационном периоде (итраконазол внутрь 200 мг/сут 14 дней).

Хроническая инвазивная форма грибкового синусита

В качестве первого этапа лечения — обязательное хирургическое вмешательство в объеме радикальной операции на пазухе с максимально возможным удалением костных и мягкотканых структур, пораженных мицелием грибов. С целью оценки распространенности патологического процесса и планирования объема хирургического вмешательства необходимо выполнение компьютерной томографии ОНП. При радикальной гайморо-, этмоидотомии применяется интраоперационное тампонирование ВЧП и полости носа турундами с раствором амфотерицина В, что позволяет в кратчайшие сроки начать антимикотическую терапию непосредственно в патологическом очаге.

В послеоперационном периоде турунды должны быть удалены через сутки, далее проводится ежедневное промывание пазухи 1 раз/сут раствором амфотерицина В (способ разведения описан выше) через риностому в течение 10–14 дней.

При хронической инвазивной форме грибкового синусита необходимо сочетание местной (указанной выше) и системной антимикотической терапии в послеоперационном периоде. Учитывая полученные данные о спектре возбудителей и антимикотикочувствительности, препаратом выбора является итраконазол от 200 до 400 мг в 1 сут продолжительностью от 1 мес. Препаратом резерва является

вориконазол 400 мг/сут. Критерии отмены системной антимикотической терапии — положительная клиническая и рентгенологическая динамика, отрицательные результаты 3-кратных микологических исследований. Во всех случаях грибковой инвазии показана консультация врача-иммунолога с последующей иммуностимулирующей терапией: как вариант полиоксидоний 6 мг внутримышечно 1 раз/сут по схеме (ежедневно первые 5 дней, затем 2 раза в неделю, всего до 10 инъекций).

Весь предложенный арсенал методов лечения (рисунок) необходим при **грибково-бактериальном синусите**. Показания для его оперативного лечения в каждом случае определяются индивидуально. В первую очередь при неэффективности адекватной консервативной терапии, наличии риносинусогенных орбитальных и внутричерепных осложнений, инородного тела в пазухе, подозрении новообразования пазухи, обтурирующем полипозе носа (полипозно-гнойная форма отмечена у 78% пациентов с грибково-бактериальным синуситом).

С антимикотической целью назначают итраконазол 200 мг/сут 14 дней. Применение флуконазола (100 мг/сут) обосновано только при выявлении грибов *Candida albicans* в титре более 10^5 КОЕ. Для стартовой антибактериальной терапии препаратами выбора являются цефтриаксон, левофлоксацин, амоксицилин/клавуланат в сочетании с метронидазолом в среднетерапевтических дозировках. Коррекция антибактериальной терапии проводится по результатам микробиологического исследования отделяемого из ОНП и оценки антибиотикочувствительности выделенных штаммов. Местная антимикробная терапия проводится в виде ингаляций и промываний полости носа и ОНП по описанной ранее методике с использованием бетадина, мирамистина, возможно чередование с амфотерицином В. Всем пациентам с грибково-бактериальным синуситом показана консультация врача-иммунолога, при необходимости курс иммунотерапии.

В схему комплексного лечения всех форм грибковых и грибково-бактериальных синуситов оправдано включение физиотерапевтических методов по стандартной методике: ультрафиолетового облучения (тубус-кварц) интраназально, лазеро-, лазеромагнитотерапии на область пораженных ОНП и оксигенотерапии.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Рецидив синус-мицетомы предупреждается тщательной интраоперационной ревизией пазухи под контролем эндоскопа, промыванием раствором амфотерицина В в послеоперационном периоде.

2. Рецидивирование при инвазивной форме и грибково-бактериальном синусите обусловлено в первую очередь фоновыми заболеваниями с вторичным иммунодефицитом, несоблюдением сроков и неадекватной спектру возбудителей антимикотической и антибактериальной терапии, нарушением аэрации ОНП, вызванным патологией остиомеатального комплекса. Иммунологическое исследование показано всем пациентам с данными формами синусита, коррекция внутриносовых структур в плановом порядке — по показаниям.

3. Возможны аллергические и токсические реакции на лекарственные препараты. С целью предупреждения данного осложнения необходимо тщательно собирать аллергологический анамнез пациента. При необходимости возможна замена лекарственных препаратов на их аналоги. При местном применении амфотерицина В возможно его раздражающее действие на слизистые оболочки верхних дыхательных путей, что легко устраняется путем уменьшения концентрации при большем разведении дистиллированной водой.

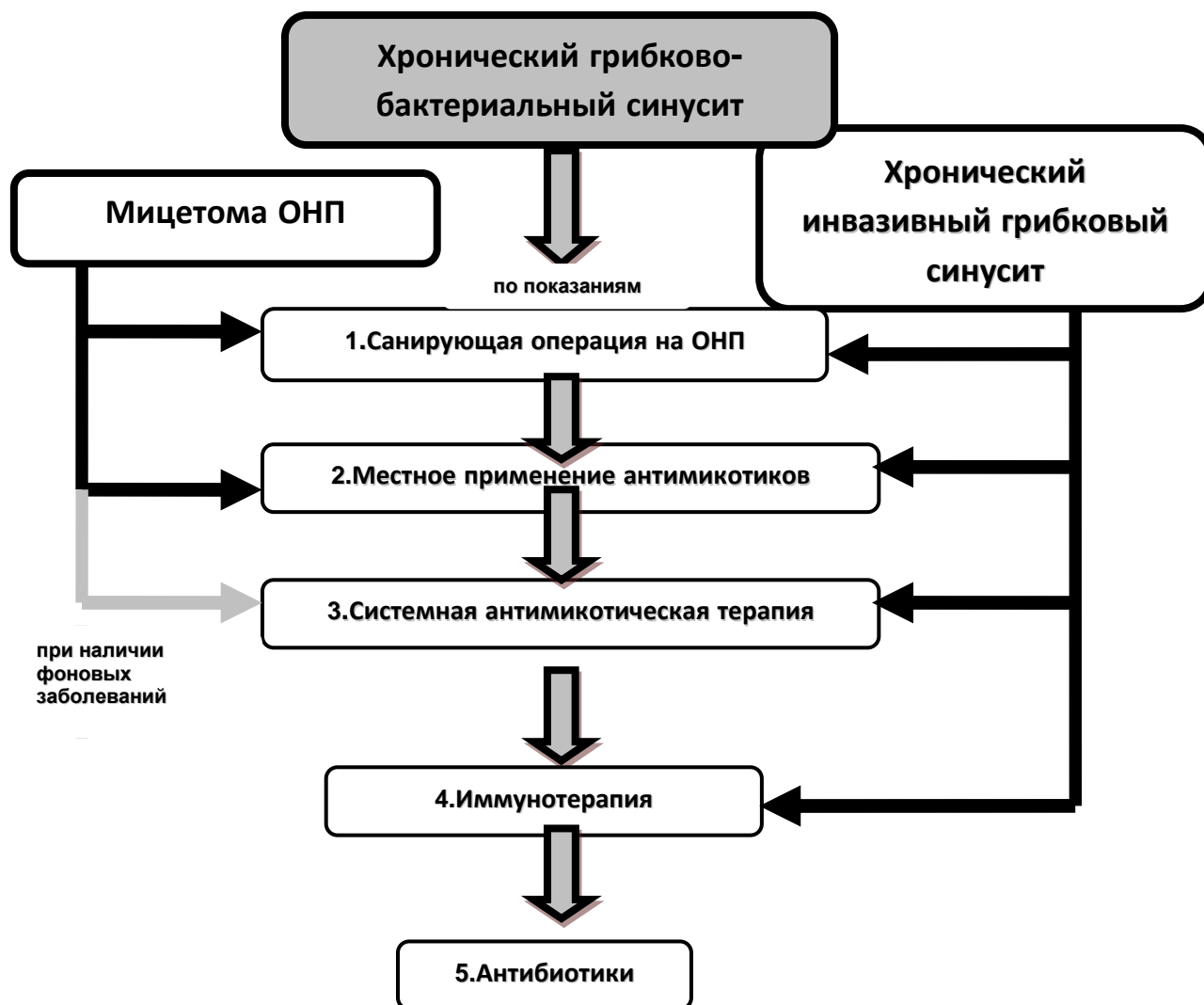


Рисунок — Лечебный алгоритм при грибковых и грибово-бактериальных синуситах